

Jane Brito Lopes¹Wilson Vieira Melo²

¹Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitiva-comportamental (WP). Clínica Psicog - Centro de Psicologia Cognitiva

² Doutor em Psicologia (UFRGS/University of Virginia), Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência: Av. Iguaçu, 525/603, Bairro Petrópolis, Porto Alegre - RS, CEP 90.470-430.

E-mail: wilsonmelo1@gmail.com

Recebido : 25/02/2014

Aprovado : 06/05/2014

A compreensão da repercussão dos esquemas iniciais desadaptativos, através da teoria dos esquemas, para otimização dos tratamentos de traumas

The understanding of the impact of the early maladaptive schemes, through the theory of the schemes, for optimization of the trauma treatments

Resumo

A importância do trauma na formação de esquemas iniciais desadaptativos tem sido bastante ressaltada na literatura. Este estudo buscou abordar a importância desta compreensão, através da Teoria dos Esquemas, para contribuir na atuação clínica, junto a pacientes vítimas de traumas, e submetida à terapia de exposição de memórias, conforme protocolos de TEPT. Foi realizada uma revisão da literatura de artigos e capítulos de livros nas línguas portuguesa e inglesa, no período 1976 a 2013. Os resultados encontrados apontaram contribuições significativas na junção da técnica de reelaboração das imagens, oriunda da Terapia do Esquema, à terapia de exposição. Compreende-se a importância desta conexão de abordagens para o rompimento dos padrões cognitivos disfuncionais e da reestruturação das memórias traumáticas.

Palavras chave: Teoria do Esquema, trauma, TEPT.

Abstract

The importance of trauma in the formation of early maladaptive schemes has been extensively mentioned in the literature. This study sought to address the importance of this understanding, through the theory of schemes, to contribute to the clinical work with patients, victims of traumas and undergoing exposure therapy of memories, as PTSD protocols. A review of articles and book chapters in Portuguese and English literature in the period of 1976 to 2013 was performed. The found results indicate significant contributions in the junction of the technique of reworking the images, arising from the Scheme therapy to the exposure therapy. One understands the importance of this connection approaches to the breakup of dysfunctional cognitive patterns and of restructuring of the traumatic memories.

Keywords: Theory of Scheme; trauma; PTSD.

Introdução

A Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) se baseia na compreensão de que as emoções e os comportamentos das pessoas são gerenciados por um conjunto de crenças e pensamentos automáticos, decorrentes da capacidade individual de representar

o mundo conforme a percepção do evento. Tais cognições são organizadas em esquemas mentais, que influenciam o processamento das informações e as interpretações acerca dos eventos cotidianos⁸. Na terapêutica voltada às vítimas de traumas, a TCC psicoeduca o paciente a questionar suas crenças e pensamentos disfuncionais através da reflexão socrática, experimentos comportamentais de situações temidas, ressignificando a avaliação do evento, as cognições negativas e propiciando alternativas mais saudáveis²³.

A integração da TCC tradicional com os pressupostos da Teoria dos Esquemas (TE) têm produzido possibilidades terapêuticas promissoras na prática clínica de psicopatologias específicas, sendo muitas delas decorrentes de situações traumáticas²⁹.

Terapia do esquema

Jeffrey E. Young e colaboradores²⁹, buscando integrar e inovar os conceitos e tratamentos tradicionais da TCC, combinaram modelos teóricos cognitivos, comportamentais, teoria do apego, psicodinâmico, psicologia interpessoal, gestalt e psicanálise para criar o que hoje conhecemos por Terapia do Esquema (TE). Esta pode ser compreendida como uma forma estruturada e sistemática de avaliação dos esquemas do paciente, psicoeducação, investigação das origens biológicas, infantis e adolescentes responsáveis pelos mecanismos de perpetuação dos esquemas disfuncionais e dos estilos desadaptativos de enfrentamento. Isto se processa através de uma psicoterapia voltada para a promoção dinâmica de mudanças comportamentais e cognitivas, necessárias ao rompimento de padrões²⁹.

Os esquemas mentais selecionam as informações, estipulam significados, valências e prioridades respectivas, necessárias à compreensão, orientação e direcionamento do indivíduo em suas circunstâncias¹⁰. Para Jeffrey Young,³ no entanto, esta conotação do conceito de esquema recebe uma amplitude maior no momento em que estas estruturas são consideradas, também, como esquemas emocionais.

O termo Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) compreende uma padronização emocional e cognitiva desenvolvida a partir de questões biológicas, experiências e interações disfuncionais dos primeiros anos de vida que repercutem nas crenças e sentimentos sobre si e o ambiente. São ativados por acontecimentos percebidos como similares a experiências da infância, primam por exercer a sua coerência e sobrevivência e interferem no modo como a pessoa pensa, sente, age e se relaciona⁶.

Conforme estudos e aplicações práticas da TE, Jeffrey Young et al.²⁹ esquematizou uma compreensão dinâmica dos esquemas, alocando-os em seus domínios correspondentes:

Tabela 1 - Esquemas desadaptativos remotos com domínios de esquemas associados⁹

1. Domínio da desconexão e rejeição Relaciona-se com sentimentos de frustração em relação à segurança, estabilidade, carinho, empatia, compartilhamento de sentimentos, aceitação e consideração. Engloba os esquemas de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectibilidade e isolamento social.
2. Domínio da autonomia e desempenho prejudicados Compreende sentimentos de incapacidade quanto à possibilidade de separação dos seus afins e conquista de autonomia para sobreviver de forma independente e com bom desempenho. Engloba os esquemas de dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso.

<p>3. Domínio dos limites prejudicados</p> <p>Apresenta deficiência nos limites internos, pela ausência de responsabilidade com terceiros e/ou dificuldade em efetivar seus objetivos à longo prazo; prejuízo em relação ao respeito aos direitos dos outros, à cooperação e ao comprometimento com metas e desafios. Engloba os esquemas de arrogo/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes.</p>
<p>4. Domínio do direcionamento para o outro</p> <p>Apresenta um foco excessivo para os desejos e sentimentos dos outros, por manter-se em permanente busca de obtenção de amor. Normalmente, suplanta suas necessidades pessoais para atender as necessidades dos outros. Engloba os esquemas de subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento.</p>
<p>5. Domínio da supervigilância e inibição</p> <p>Apresenta bloqueios quanto à autoexpressão, à felicidade, ao relaxamento, aos relacionamentos íntimos e ao comprometimento em relação à própria saúde. Ênfase excessiva na supressão dos sentimentos e dos impulsos nas regras, nas expectativas rígidas e em escolhas espontâneas. Engloba os esquemas de negatividade/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva.</p>

Na busca de respostas psicoterápicas positivas, mediadoras e preditoras de mudanças, a aliança terapêutica voltada para comunicação encorajadora, empática e interpessoal qualifica o envolvimento do terapeuta e paciente, proporcionando um vínculo consistente e facilitador na condução das tarefas²⁶. O confronto empático, ou testagem empática da realidade, abrange o entendimento do processo de perpetuação dos esquemas, enfatizando-o, confrontando-o, manifestando uma compreensão assertiva diante das dificuldades decorrentes do paciente em questão²⁹. Em continuidade a aplicação prática da TE, o terapeuta faz a reparação parental limitada enquanto estabelece uma sintonia afetiva acolhedora, proporcionando ao paciente, dentro dos limites éticos da relação terapêutica, a supressão das suas necessidades não satisfeitas pelos seus pais ou cuidadores, durante a sua infância²⁹.

Conforme Young et al²⁹, a fase de psicoeducação compreende uma abordagem explicativa, ao mesmo tempo que correlaciona as informações teóricas às vivências e dificuldades emergentes do paciente. São apresentados os domínios esquemáticos, seus esquemas pertencentes, experiências que propiciaram sua aquisição e perpetuação, as influências do temperamento (biológica), aprendizado vicário, meio ambiente e sistemas cerebrais (memória emocional). Mostra, também, os estilos de enfrentamento disfuncionais (resignação, evitação e hipercompensação) e os dez modos de esquemas, enquadrados em quatro categorias:

Tabela 2 – Modos esquemáticos²⁹

<p>Modos criança:</p> <p>1) criança vulnerável (abandonada, abusada, privada e rejeitada);</p> <p>2) criança zangada (com raiva, por não ter as suas necessidades emocionais atendidas); 3) criança impulsiva - indisciplinada (age a partir dos desejos, com negligência, sem pensar nas consequências) e;</p> <p>4) criança feliz (necessidades infantis atendidas).</p>
<p>Modos enfrentamento disfuncional:</p> <p>5) capitulador complacente;</p> <p>6) protetor desligado e;</p> <p>7) hipercompensador.</p>
<p>Modos pais disfuncionais:</p> <p>8) pai/mãe punitivo/hipercrítico e;</p> <p>9) pai/mãe exigente.</p>
<p>10) Modo adulto saudável.</p>

Os procedimentos de conhecimento da origem dos modos esquemáticos levam, muitas vezes, a correlações significativas com situações traumáticas. A compreensão das formas de manutenção destes modos através de técnicas utilizadas na fase de mudança propicia uma reconfiguração do funcionamento do paciente, pelo acesso ao protetor desligado e aos sentimentos de vulnerabilidade²⁹.

Conforme Callegaro⁷, o modo como as pessoas se adaptam aos ambientes invalidantes, das suas experiências de vida iniciais da infância e adolescência, e aos demais pareamentos futuros, corresponde a respostas de enfrentamentos desadaptativas (processos esquemáticos), voltadas para perpetuação dos esquemas disfuncionais. São descritas três respostas básicas às ameaças, que correspondem aos seguintes estilos de enfrentamento: a) **Resignação**: é render-se, desistir de lutar contra o esquema, aceitando-o como verdadeiro; b) **Evitação**: corresponde ao mecanismo de fuga do esquema, evitando, de todas as formas, a ativação do mesmo; c) **Hipercompensação**: é uma luta contra o esquema pensando, sentindo, comportando-se e relacionando-se como se o oposto do esquema fosse verdadeiro. Consiste, também, a uma reação disfuncional, contrária a necessidade do esquema.

Na fase da mudança da TE, o terapeuta inicia um trabalho mais efetivo de reconhecimentos dos esquemas nas situações atuais, reestruturação das estratégias de enfrentamento disfuncionais e o rompimento de padrões cristalizados. Utiliza-se como base a análise do Questionário de Esquemas e do Questionário de Estilos Parentais associada à história de vida do paciente, às estratégias cognitivas, experienciais, comportamentais e o trabalho com modos esquemáticos²⁹.

As estratégias cognitivas identificam o processo de manutenção do esquema, fortalecem o adulto saudável, questionam a validade e a funcionalidade do esquema, listam vantagens e desvantagens atuais e remotas, tudo isso, com confrontação empática e repaternização limitada. As técnicas utilizadas são²⁹: testagem da validade de um esquema; recomposição das evidências que apoiam o esquema; avaliação das vantagens e desvantagens dos estilos de enfrentamento do paciente; condução de diálogos entre o “lado do esquema” e o “lado saudável”; construção de cartões relâmpagos do esquema, com evidências e respostas saudáveis aos gatilhos e as situações em que o esquema é ativado; preenchimento de formulários de Diário do Esquema.

Existem fundamentalmente três grupos de estratégias de tratamento: cognitivas, comportamentais e experienciais. O uso do questionamento das crenças negativas existentes antes e após o trauma, através do questionamento socrático propicia o enfrentamento das emoções e dos pontos travados possibilitando uma flexibilização cognitiva e mudanças no pensamento e nas emoções²¹. As estratégias experienciais ativam as emoções conectadas aos EIDs, por meio das imagens mentais do passado, do presente e de figuras afetivas importantes. Possibilitam, também, o entendimento das origens dos esquemas da infância, a conexão com os problemas atuais, a promoção de diálogos entre o polo do esquema e o polo saudável, a quebra de padrões comportamentais e a reparação parental. Pode-se utilizar o recurso “cartas aos pais” para expressar os sentimentos e assegurar direitos²⁹. As estratégias comportamentais servem para romper padrões; modificar estilos de enfrentamento; propor a distância psicológica do esquema; explorar os comportamentos saudáveis alternativos; modificar padrões de interação sociais específicos. Entre as técnicas utilizadas, apresentam-se a construção e a motivação para mudança; o ensaio do comportamento saudável e a tarefa de enfrentamento de uma situação real disparadora do esquema²⁹.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

O DSM-V¹ criou um capítulo específico do manual chamado “Transtornos relacionados a traumas

e estressores”, no qual o TEPT passou a ter dois especificadores diagnósticos. Nas edições anteriores, o TEPT figurava como um transtorno de ansiedade. A seguir, os subtipos “TEPT em crianças pré-escolares”, voltado para crianças de seis anos ou menores e o “TEPT- com sintomas dissociativos proeminentes (des-realização e despersonalização)”.

Tabela 3 – Critérios diagnósticos para TEPT¹

- A. A exposição real ou potencial a morte, lesão grave, violação sexual, em uma das seguintes formas: sendo exposto diretamente a uma situação traumática; testemunhando, pessoalmente, o(s) evento(s) que ocorreram a outras pessoas; aprendizado de que o(s) evento(s) ocorrido(s) a um familiar próximo ou amigo, casos de morte ou ameaça, deve ter sido violento ou acidental; experimentando exposição extrema ou repetida de detalhes aversivos do(s) evento(s) traumático(s).
- B. Presença de um ou mais dos sintomas de intrusão, associados ao evento(s) traumático(s): memórias dolorosas do(s) evento(s) traumático(s), espontâneas ou com pistas recorrentes, involuntárias e intrusivas; pesadelos recorrentes nos quais o conteúdo ou o efeito do(s) sonho(s) está relacionado com o evento; reações dissociativas (ex. *flashbacks*, alucinações, ilusões); intenso ou prolongado sofrimento psicológico ou marcadas reações fisiológicas em resposta a estímulos internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do(s) evento(s) traumático(s); importantes reações fisiológicas às lembranças do trauma.
- C. Persistente evitação de estímulos associados com o(s) acontecimento(s) traumático(s), começando depois que o mesmo ocorreu como evidenciado pela evasão ou tentativa de evitar um ou mais dos seguintes critérios: lembranças aflitivas, pensamentos ou sentimentos sobre ou associado ao(s) evento(s) traumático(s); pistas externas que despertam lembranças aflitivas (pareamentos), pensamentos ou sentimentos sobre, ou que estão intimamente associados ao(s) evento(s) traumático(s).
- D. Alterações negativas na cognição e no humor associadas com o(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento depois que o mesmo ocorreu como evidenciado por duas ou mais das seguintes características: incapacidade de lembrar um aspecto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (Ex.: amnésia dissociativa); persistente e exagerada crença negativa ou expectativas sobre si mesmo, sobre os outros ou o mundo; culpa persistente e distorcida de si mesmo ou em relação aos outros, sobre a causa ou as consequências do evento traumático; estado emocional negativo persistente; acentuada diminuição do interesse ou participação em atividades significativas; sentimentos de distanciamento ou de estranhamento dos outros.
- E. Alterações importantes na excitação e reatividade associada com o(s) acontecimento(s) traumático(s), iniciando com o agravamento, após a ocorrência do mesmo, como evidenciado por dois dos seguintes critérios: alterações e/ou distúrbios do sono; comportamento imprudente ou autodestrutivo; irritabilidade ou comportamento agressivo; hipervigilância; dificuldade de concentração; resposta de sobressalto exagerada.
- F. A duração da perturbação (critérios B, C, D e E) é maior que um mês.
- G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.
- H. A perturbação não é atribuída aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância.

Observação: especifica-se “com expressão retardada” se o limiar diagnóstico não exceder até menos de seis meses após o evento, apesar da ocorrência imediata do início e das expressões de alguns sintomas.

Tabela 4 – Critérios diagnósticos para o subtipo TEPT em crianças pré-escolares¹

A. Em crianças (com menos de seis anos de idade), a exposição a um ou mais dos seguintes eventos: morte ou ameaça de morte; lesão real ou ameaça; violação sexual ou ameaça, em uma ou mais das seguintes formas: ser exposta diretamente ao(s) evento(s); testemunhar pessoalmente o(s) evento(s), quando ocorreram para os outros, especialmente os cuidadores primários; saber que o(s) evento(s) traumático(s) ocorreu(ram) aos pais ou a figura de cuidado.

B. Presença de um ou mais sintomas intrusivos associados com o(s) acontecimento(s) traumático(s), começando depois da ocorrência do mesmo: memórias dolorosas do evento traumático(s), espontâneas ou com pistas recorrentes, involuntárias e intrusivas; pesadelos recorrentes nos quais o conteúdo ou o efeito do(s) sonho(s) está relacionado com o evento; reações dissociativas (ex. Flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o(s) evento(s) traumático(s) estivesse(m) ocorrendo. A reenactação pode ocorrer através de brincadeiras; intenso ou prolongado sofrimento psicológico ou marcadas reações fisiológicas em resposta a estímulos internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do(s) evento(s) traumático(s); importantes reações fisiológicas associadas às lembranças do(s) trauma(s).

C. Presença de um item do critério: esquiva persistente de estímulos associados com o evento traumático, iniciando após a ocorrência do mesmo, como evidenciado pela evasão ou esforços para evitar: atividades, locais ou lembretes físicos que despertam lembranças do evento traumático; pessoas, conversas ou situações interpessoais que despertam lembranças do evento traumático.

D. Alterações negativas na cognição e no humor associado com o acontecimento traumático, começando com agravamento após o acontecimento do mesmo, tal como evidenciado por uma ou mais das seguintes características: acentuada diminuição do interesse ou participação em atividades significativas, incluindo a redução de brincadeiras; comportamento socialmente retraído; redução persistente na expressão de emoções positivas.

E. Alterações importantes na excitação e reatividade associada com o(s) acontecimento(s) traumático(s), iniciando com agravamento após a ocorrência do mesmo, como evidenciado por dois ou mais dos seguintes sintomas: distúrbios do sono; comportamento imprudente ou autodestrutivo; irritabilidade ou comportamento agressivo; hipervigilância; dificuldade de concentração; resposta de sobresalto exagerada.

F. Duração da perturbação (critérios B, C, D e E) é mais do que um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no relacionamento com os pais, irmãos, colegas ou outros cuidadores ou com o comportamento da escola.

H. A perturbação não é atribuída à outra condição médica.

Observação: um indivíduo pode ser diagnosticado com os subtipos pré-escolar e dissociativo, se os critérios forem contemplados.

O indivíduo pode, também, preencher os critérios para o TEPT e experimentar sintomas persistentes ou recorrentes de A1 e/ou A2 do subtipo “TEPT – com sintomas dissociativos proeminentes (desrealização e despersonalização)”:

Tabela 5 – Critérios diagnósticos para o subtipo TEPT com sintomas dissociativos proeminentes (desrealização e despersonalização)¹

- | |
|--|
| <p>A1. Despersonalização: experiências de sentimentos de dissociação, como se fosse um observador externo dos próprios processos mentais do corpo.</p> <p>A2. Desrealização: experiências de irreabilidade do próprio ambiente.</p> <p>B. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de condição médica.</p> <p>Observação: os subtipos dissociativos e pré-escolar não são mutuamente excludentes.</p> |
|--|

O conceito de trauma vem sendo readequado, sendo atualmente fundamentado na situação de vivência ou testemunho de situações catastróficas ou ameaçadoras, podendo enquadrar-se como decorrente de situações cotidianas responsáveis por reações de intenso medo, impotência ou horror. O TEPT possui características de revivência do trauma, esquiva, entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica²⁷.

O evento traumático pode ser revivido pelas recordações, sonhos, sensações de revivência, sofrimento psicológico e reatividade fisiológica diante de estímulos relacionados ao trauma. Em caso de eventos traumáticos, ocorre um pareamento da memória sensorial (hipocampo-dependente), ativando o sistema nervoso simpático, como um mecanismo de defesa e alerta, associado a sensações de intenso estresse e sofrimento²⁰.

Este processo de codificação do material a ser memorizado nos ajuda a compreender fenômenos como o da amnésia psicogênica, que representa uma incapacidade do indivíduo de lembrar-se de pontos relevantes da cena traumática, pela indisponibilidade de recursos cognitivos para codificar a situação de forma não fragmentada e, também, pela ausência da memória declarativa, responsável pela capacidade de expressão narrativa. Podem ocorrer *flashbacks*, decorrentes do armazenamento da memória não verbal, sensorial-corporal e emoções relacionadas a situação traumática, além do surgimento de “falsas memórias” e generalização, decorrentes desta dissociação⁵.

As intervenções segundo a TCC buscam uma reestruturação metacognitiva de pensamentos e emoções, tais como culpa, vergonha, incerteza, desamparo, raiva, desconfiança, desesperança e falta de propósito, que são reações emocionais frequentemente encontradas em vítimas de eventos traumáticos¹⁵. Entre as estratégias comportamentais, apresentam-se as técnicas de exposição, de autoinstrução, treino de relaxamento e respiração, o biofeedback, treino de habilidades sociais e as técnicas de distração (parada do pensamento), voltadas ao controle das emoções e pensamentos intrusivos. Em termos de técnicas cognitivas, são utilizadas a reestruturação cognitiva e a Terapia de Processamento Cognitivo²⁴.

Discussão geral

As experiências traumáticas afetam a cognição do paciente gerando crenças, estratégias de enfrentamento e esquemas não adaptativos, responsáveis por pensamentos automáticos disfuncionais e afetos negativos⁴. Reações ansiogênicas podem ser observadas, provocando respostas fisiológicas de medo, extrapolando os padrões de normalidade suportável. Alguns autores sugerem uma prática clínica voltada para o fortalecimento da tolerância a estas memórias aversivas, respeitando a capacidade do paciente em

tolerar e controlar a sua ansiedade. Desta forma, reduz-se o abandono à terapia, o agravamento dos sintomas de TEPT e o aumento do nível de angústia dos pacientes²³. As sessões de exposição focadas no trauma possibilitam uma redução progressiva das respostas de medo e estimativa de danos.

Num grupo de 71 pacientes crônicos de TEPT, escolhidos aleatoriamente, foi observada a possibilidade de receber informações mais precisas em relação aos problemas relacionados ao trauma e também expressar emoções contidas, como raiva, culpa, vergonha e hostilidades. Isso ajudava a reduzir o sentimento de impotência, o medo e os problemas decorrentes da contenção emocional². Trabalhos voltados ao tratamento psicológico de veteranos de guerra com TEPT e quadros de pesadelos crônicos, também, buscaram associar a reelaboração das imagens à terapia de exposição. Os resultados demonstraram uma redução nesta cronicidade, possibilitando um número maior de horas de sono e a redução da sintomatologia do TEPT¹⁶.

Conforme Nysaeter e colaboradores¹⁹, as relações familiares disfuncionais durante a infância podem iniciar e reforçar a formação de esquemas mentais e estratégias de enfrentamento desadaptativas. A TE busca, portanto, identificar estes modos esquemáticos, incorporando o modo adulto saudável. Para isso, é preciso lidar, primeiro, com o modo protetor desligado, para assim, gradativamente conseguir lidar com os demais modos¹⁹.

Em situações de um alto nível de sofrimento apresentado por pacientes vítimas de traumas e da necessidade de promover uma melhor administração das memórias traumáticas e seus pareamentos, Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn, e Herman¹¹ iniciaram estudos observando os esquemas mentais de pacientes com e sem TEPT, sendo estes, sobreviventes de guerra. Os resultados chegaram a uma correlação significativa, principalmente com os esquemas de inibição emocional, padrões inflexíveis e desconfiança e abuso, evidenciando a interferência dos eventos traumáticos na formação e ativação destes esquemas.

Estes estudos foram correlacionados com sintomas dissociativos, sendo muitos deles associados a traumas na infância. Apesar de constatar-se a necessidade de pesquisas adicionais para examinar a importância da associação da TE ao tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade em geral, constatou-se uma eficácia terapêutica significativa, principalmente na compreensão da ativação dos modos esquemáticos¹³.

Os sintomas de dissociação, característicos em pacientes vítimas de traumas, funcionam como uma estratégia primitiva que tenta se defender e negar a ocorrência do impacto traumático. Trata-se de um processo defensivo voltado a promoção de uma funcionalidade na infância, que se tornar disfuncional na vida adulta. Esta significação elaborada das recordações pode ser ativada a nível consciente ou não. A integração dos modos de funcionamento, associados à inclusão de aspectos cognitivos, comportamentais, emocionais e de esquemas fisiológicos promovem uma redução da memória fragmentada¹⁴.

O uso da TE em situações de TEPT, decorrente de abuso sexual em longo prazo, precisa ser ajustada a capacidade de tolerância do paciente. À medida que estas recordações traumáticas são evocadas, o terapeuta precisa empatizar, validar, fazer a repaternalização limitada e ensinar habilidades de regulação emocional, evitando, assim, interrupções no tratamento e a ativação do modo protetor desligado do paciente. Muitas vezes pode ser necessário supervisionar o caso, em situações onde os esquemas do terapeuta são ativados²⁸.

Pesquisas de Smucker & Niederee²⁵, voltadas ao abuso sexual na infância, evidenciam o efeito do trauma sexual e das memórias traumáticas recorrentes na formação de esquemas disfuncionais. Propostas de intervenções terapêuticas eficazes mostram resultados positivos na associação da exposição imaginária ao trabalho de reelaboração do trauma e reestruturação de crenças relacionadas.

Messman-Moore & Coate¹⁷ estudaram o relacionamento do impacto das situações de abuso psicológico da infância, com a predominância dos esquemas iniciais desadaptativos, na vida adulta. Na mediação do conflito, houve uma prevalência dos esquemas de desconfiança/abuso, abandono e defectibilidade/vergonha. Três padrões de comportamento interpessoais foram observados na associação com o esquema de desconfiança/abuso. Entre eles, a excessiva complacência, o isolamento social e o dominador/controlador. Com isso, os resultados puderam demonstrar, numa amostra de 382 mulheres, o efeito duradouro do impacto relativo ao abuso psicológico na infância.

Em pesquisas voltadas a acompanhar a relação entre a vulnerabilidade dos esquemas preexistentes e as experiências de caráter traumático no pós-parto num estudo longitudinal com 121 mães, todas de primeira gestação, completando os questionários de esquemas na 34ª semana de gravidez e na sexta semana pós-parto, observou-se a influência significativa dos esquemas preexistentes no desenvolvimento do TEPT¹².

Por esta razão, enfatiza-se a importância da relação terapêutica e da psicoeducação nos protocolos de atendimentos psicoterápicos, para que o paciente seja conduzido a uma atmosfera de mudança, através da entrevista motivacional, relação de confiança, confrontação empática, escuta reflexiva, ponderação e quebra de padrões disfuncionais¹⁸.

Considera-se, também, prioritário a caracterização do trauma; a cessação do evento estressor; a identificação dos níveis de vulnerabilidade do paciente, dos recursos externos e internos de apoio; os esquemas disfuncionais ativados e a aplicação de técnicas para manejo da ansiedade²⁹.

Em situações de comorbidade entre TEPT e Transtorno da Personalidade Borderline, se observa uma potencialização dos agravantes diagnósticos, responsáveis por sentimentos de desvalia, autocrítica, mutilação, fantasias suicidas, comportamentos destrutivos dentre outros. Identifica-se, também, a existência dos modos disfuncionais primários, como a criança vulnerável, criança abandonada, modo protetor desligado e pai punitivo, ativados por respostas emocionais a estímulos ambientais²⁸. Pode-se observar, também, a relação significativa entre a TE e as pessoas portadoras de transtornos de ansiedade, verificando-se a existência de quase todos os esquemas, principalmente nos casos de traumas infantis e transtornos da personalidade decorrentes. Em casos de comorbidades com a depressão crônica, as pesquisas refletem, também, uma pontuação significativa em esquemas de defectibilidade e vulnerabilidade¹³.

Uma combinação importante e com resultados satisfatórios utilizada nos protocolos de atendimentos a vítimas de traumas e demais transtornos de ansiedade consiste na prática da meditação “mindfulness”. Esta terapêutica é um constructo budista voltado para a capacidade de prestar atenção (atenção plena), no momento presente, sem entrar em julgamentos ou desejo de que as coisas sejam diferentes²².

A TE procura desenvolver o autoconhecimento sobre os esquemas e estilos de enfrentamento nas situações de pareamento do TEPT. Dessa forma, propicia um olhar diferenciado diante das emoções negativas, levando a questionamentos em relação aos padrões comportamentais decorrentes de situações

adversas associadas ao trauma. Isto se faz necessário porque a experiência traumática se localiza em diferentes sistemas cerebrais, podendo ser originada em estágios pré-verbais, onde o armazenamento das informações se dá apenas por emoções e sensações corporais⁷.

O terapeuta deve promover uma repaternalização limitada com a criança abandonada, propiciando um vínculo estável através da validação dos sentimentos e necessidades do paciente. O paciente, através da reestruturação cognitiva, aprende a empatizar e suprir as necessidades desta “criança”, ativando emoções e comportamentos mais adaptativos¹⁹.

Conclusão

Sendo o TEPT um transtorno capaz de ativar esquemas disfuncionais e medos excessivos decorrente das situações traumáticas vivenciadas, o objetivo terapêutico volta-se, portanto, para redução da valência das sensações persecutórias e de intenso pavor. Para isso, propõe-se que o paciente experimente esta ansiedade num ambiente seguro, com intervenções cognitivas e o trabalho com imagens mentais adequadas, contribuindo, assim, para o distanciamento da percepção de ameaça, dos medos e para obtenção de mudança na perspectiva pessoal¹⁵.

O trabalho de exposição imagística, presente em alguns dos protocolos de atendimentos a vítimas de traumas, se mostra promissor na readequação e estabilização do afeto deste paciente, bem como nas emoções decorrentes de raiva, culpa e de intenso sofrimento²⁴. A ativação da emoção, promovida pela TE, através do trabalho com imagens mentais, contribui para conectar os sentimentos da infância e/ou os da situação traumática aos da situação atual do indivíduo. Este processo capacita a compreensão da origem dos seus esquemas atuais, administração da sua valência e repercussão. Com isso, a busca por estratégias mais saudáveis e o sentimento das emoções como naturais permite a ativação de um modo adulto saudável²⁹.

O uso do questionamento das crenças negativas existentes antes e após o trauma, através do questionamento socrático, propicia o enfrentamento das emoções e dos pontos travados possibilitando uma flexibilização cognitiva, além de mudanças no pensamento e nas emoções²¹.

Apesar da efetividade da TCC na resignificação dos eventos traumáticos, algumas memórias emocionais podem não ser totalmente acessadas. Para isso, considera-se que a TE auxilia nestes casos, possibilitando a compreensão da repercussão das características biológicas com as vivências traumáticas da infância, responsáveis pelo desenvolvimento de esquemas mentais disfuncionais¹³. Considerando-se que os EIDs atuam significativamente na vida adulta, independente da existência ou não de experiências traumáticas, propõem-se a ampliação de pesquisas voltadas a associação das terapêuticas da teoria dos esquemas aos protocolos existentes de atendimento às vítimas de traumas, para propiciar a confirmação da eficácia dos resultados terapêuticos já existentes.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5, 2013, Washington: APA Press.
2. Arntz A, Tiesema M, Kindt M. Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38 (4), 345-370, 2007
3. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.
4. Beck JS. Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. Borges JL, Zoltowski APC, Zucatti APN, Dell’Aglia DD. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na Infância e na Adolescência: Prevalência, Diagnóstico e Avaliação. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 87-98, 2010.
6. Boscardin MK, Kristensen CH. Esquemas iniciais desadaptativos em mulheres com amor patológico. *Revista de Psicologia da IMED*, 3 (1), 517-526, 2011.
7. Callegaro MM. A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1),9-20, 2005.
8. Caminha R, Wainer R, Oliveira M, Piccoloto N. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
9. Cazassa MJ, Oliveira MS. Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5): 187-195, 2008.
10. Duarte ALC, Nunes MLT, Kristensen CH. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1), 0-0, 2008.
11. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman, J . Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(1), 71–74, 2008.
12. Edworthy Z, Chasey R, Williams H. The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 123-138, 2008.
13. Hawke LD, Provencher MD. Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 2011.
14. Kennedy F, Clarke S, Stopa L, Bell L, Rouse H, Ainswort C, Fearon P, Waller G. Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 25–48, 2004.
15. Leahy RL. *Livre de Ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
16. Longo ME , Hammons ME , Davis JL, Frueh BC, MM Khan, Elhai JD, et al. Imagery rescripting and

exposure group treatment of posttraumatic nightmares in Veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 531-535, 2012.

17. Messman-Moore T, Coate AA. The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 17(2), 75-92, 2007.

18. Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

19. Nysaeter TE, Nordahl HM. Principles and Clinical Application of Schema Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Nordic Psychology*, 60(2) 249-263, 2008.

20. Pergher GK, Grassi-Oliveira R, Stein LM. Memória no TEPT: dos fundamentos científicos às implicações terapêuticas. Em Caminha, R. M. *Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) da Neurobiologia à Terapia Cognitiva*. 1ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 105-122, 2005.

21. Resick PA, Monson CM, Rizvi SL. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Em Barlow, D.H. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 75-130, 2009.

22. Roemer L, Orsillo S. *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

23. Salcioglu E, Basoglu M. Posttraumatic Stress Disorder (Treatment of Posttraumatic Stress Disorder). In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/106>, 2012.

24. Schreiner S. Técnicas psicoterápicas para o transtorno de estresse pós-traumático. Em Caminha, R. M. *Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da Neurobiologia à Terapia Cognitiva*. 1ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 185-196, 2005.

25. Smucker MR, Niederée J. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 63-92, 1995.

26. Spinhoven P, Dyck R, Giesen-Bloo J, Kooiman K, Arntz A. The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference - Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104–115, 2007.

27. Ventur P, Pedroso AL, Berger W, Figueira ILV, Caminha RM. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Em Rangé. B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 344-368, 2011.

28. Young JE. Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, (1), 115–126, 2005.

29. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia do Esquema – Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamentais Inovadoras*. Porto Alegre: Artmed, 2008.